

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

УДК 616.12-008.331.1

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В КОНЦЕПЦИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Оленская Т.Л.¹, Прядко Л.В.²

¹УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Витебск, Белоруссия, e-mail: t_olen@tut.by

²Автономная некоммерческая организация "Научно-исследовательский медицинский центр "ГЕРОНТОЛОГИЯ", Москва, Россия, e-mail: t_olen@tut.by

Во многих индустриально развитых странах отмечается увеличение продолжительности жизни, что способствует увеличению доли людей пожилого возраста. Повышение уровня артериального давления в различных возрастных группах и особенно у пожилых и старых людей является одним из важных факторов риска развития поражений органов-мишеней – сердца, головного мозга, коронарных сосудов. У большинства больных с АГ появляются нарушения в виде кардиомегалии, нарушений мозгового кровообращения, почечной недостаточности. У людей в возрасте старше 60 лет наличие артериальной гипертензии увеличивает общую смертность в 2 раза, кардиоваскулярную – в 3 раза. Цель нашего исследования – изучение характеристики пациентов с артериальной гипертензией пожилого возраста с позиций гериатрических синдромов. В результате, проделанной работы было выяснено, что необходимо продолжать совершенствование оказания помощи больным старше 60 лет с повышенным артериальным давлением. Прежде всего, необходимо существенно усовершенствовать систему выявления повышенного артериального давления, создать систему мониторингования, позволяющую получить объективные данные о качестве лечебных мероприятий у больных артериальной гипертензией, проводимых на уровне регионов, постоянно совершенствовать эффективность мероприятий по коррекции факторов риска поражений сердечно-сосудистой системы и снижения тяжести проявления гериатрических синдромов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, пожилой возраст, гериатрические синдромы.

FEATURE HYPERTENSIVE PATIENTS ELDERLY IN THE CONCEPT OF GERIATRIC SYNDROMES

Olenskaya T.L.¹, Pryadko L.V.²

¹UO "Vitebsk State Medical University of Friendship of Peoples", Vitebsk, Belarus, e-mail: t_olen@tut.by

²Avtonomnaya non-profit organization "Research Medical Center " Gerontology", Moscow, Russia, e-mail: t_olen@tut.by

In many industrialized countries, there is an increase in life expectancy, which contributes to the increase in the proportion of older people. Increased blood pressure in different age groups and especially among older people is one of the most important risk factors for the development of target organ damage - an angry-ca, brain, coronary vessels. The majority of patients with hypertension appear as a violation of cardiomegaly, cerebral circulatory disorders, kidney failure. People over the age of 60 years, the presence of hypertension increases the overall mortality rate by 2 times, kardiova-lar - 3 times. The aim of our study - the study of the characteristics of patients with hypertension in elderly positions geriatric syndromes. As a result, the work you have done, it was found that it is necessary to continue to improve the provision of care to patients older than 60 years old with high blood pressure. First of all, you need to significantly Refine the system for the identification of high blood pressure, a system of monitoring that enable you to get objective information about the quality of medical measures in hypertensive patients conducted at the regional level, to continually improve the effectiveness of meropriya a bearing on the management of risk factors of heart lesions circulatory system and reduce the severity of manifestations of geriatric syndromes.

Key words: hypertension, elderly, geriatric syndromes.

Введение.

Во многих индустриально развитых странах отмечается увеличение продолжительности жизни, что способствует увеличению доли людей пожилого возраста. Согласно статистическим прогнозам, к 2035 г. каждый четвертый человек будет в возрасте 65 лет и старше.

По данным Всероссийской переписи населения 2002 г., доля людей старше 60 лет составляет 20,3%, на Украине – 20 % населения.

Артериальная гипертензия, по различным оценкам, встречается у 30-50% лиц старше 60 лет. В Республике Беларусь в отдельных регионах среди пожилых АГ выявляется от 25% до 42%.

Повышение уровня артериального давления в различных возрастных группах и особенно у пожилых и старых людей является одним из важных факторов риска развития поражений органов-мишеней – сердца, головного мозга, коронарных сосудов. У большинства больных с АГ появляются нарушения в виде кардиомегалии, нарушений мозгового кровообращения, почечной недостаточности.

У людей в возрасте старше 60 лет наличие артериальной гипертензии увеличивает общую смертность в 2 раза, кардиоваскулярную – в 3 раза. По некоторым данным повышенное артериальное давление в пожилом возрасте способствует развитию инсультов в 42% случаев у мужчин и в 70% у женщин [10].

Также АГ является прямой либо опосредованной причиной целого ряда гериатрических синдромов – головокружения, падений, когнитивных расстройств [5]. Поэтому целью лечения пожилых больных является не только предотвращение осложнений, но и улучшение качества жизни, поддержание удовлетворительного физического, умственного и психоэмоционального состояния больных. Адекватная коррекция повышенного артериального давления благоприятно изменяет течение данного заболевания, что способствует к снижению смертности от сердечно-сосудистых осложнений на 15-20% и способствует длительному сохранению трудоспособности больных, учитывая тот факт, что многие пожилые граждане хотят продолжать работать.

Центральным звеном в системе профилактических мероприятий, проводимых в отношении сердечно-сосудистых заболеваний, является контроль уровня артериального давления, повышение приверженности к лечению. Причем это касается не только высокого уровня артериального давления, но и относительно небольшого повышения АД или изолированной систолической гипертензии [14, 4].

Несмотря на актуальность проблемы, огромные затраты на лечение больных артериальной гипертензией старше 60 лет, появление современных и весьма эффективных антигипертензивных средств, существенного улучшения ситуации не наблюдается. Продолжается рост сердечно-сосудистых заболеваний, как причины летальных исходов. Необходима объективная оценка состояния лечения этой группы пациентов и разработка мероприятий по повышению их эффективности с позиции гериатрических синдромов.

Одним из методов получения объективной информации об эффективности мероприятий по оказанию медицинской помощи пациентам с повышенным артериальным давлением могут служить широкие опросы, акции по измерению уровней артериального давления, оценке проводимого лечения [1, 2, 3, 6, 8]. В результате можно получить более точную характеристику стоящих проблем, обосновать проведение первоочередных и последующих мероприятий.

Цель исследования. Изучение характеристики пациентов с артериальной гипертензией пожилого возраста с позиций гериатрических синдромов.

Материал и методы. Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет проводил медико-профилактическую акцию по измерению артериального давления (АД) во время международного фестиваля искусств

«Славянский базар в Витебске-2006». На центральной улице города с 12⁰⁰ до 18⁰⁰ работали сотрудники университета, студенты 5 курса лечебного факультета.

Всем желающим бесплатно измеряли АД, вес, выдавали памятки по профилактике артериальной гипертензии, стенокардии, инсульта.

Часть обследованных ответила на вопросы разработанной анкеты, уточняющей особенности социального статуса, наличия факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений, контроля уровня АД, характера антигипертензивной терапии, наличие сопутствующих заболеваний. При анализе анкет рассчитывали индекс массы тела (ИМТ).

АД измеряли тонометрами Microlife A100 и A100 Plus. Оценку уровня артериального давления проводили на основе классификации ВОЗ 1999 г. [15]. Впервые выявленную АГ регистрировали при систолическом АД (САД) выше 140 мм рт.ст. и/или диастолическом АД (ДАД) выше 90 мм рт.ст. у лиц без предшествующих данных о превышении этих показателей.

Данные были обработаны с помощью таблиц Excel 7 и пакета программ STATISTICA 6.0. Применялся пакет описательной статистики: среднее значение, стандартное отклонение ($M \pm SD$); таблиц сопряженности. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Артериальное давление было измерено у 1416 человек пожилого возраста. Средний возраст составил $66,7 \pm 4,8$ лет. Повышенное артериальное давление было зафиксировано у 796 человек, что составляет 56,3 % от всех прошедших измерение.

Характеристика группы пожилого возраста с повышенным уровнем АД

В группе лиц с уровнем артериального давления более или равным 140/90 мм рт.ст. женщины составили 73,3%, а мужчины - 26,7%. Средний возраст был $66,8 \pm 4,9$ лет. 85,33% были пенсионеры, продолжали работать 8,15% - рабочие и 6,52% - служащие.

После измерения уровня артериального давления от анкетирования отказались 10% человек. Основными причинами отказа были – «не хочу», «сами прекрасно знаем и вас обучить можем».

Средний уровень систолического АД составил $146,5 \pm 18,12$ мм рт.ст., диастолического АД - $89 \pm 11,6$ мм рт.ст. Изолированная систолическая гипертензия

была отмечена у 31,2% пациентов, изолированное повышение диастолического АД – у 12,6% респондентов старше 60 лет с повышенным уровнем АД.

Наиболее часто повышение систолического АД было в пределах 140-150 мм рт.ст. (32,8%), а диастолического – 90-100 мм рт.ст. (51,3%). Полученные данные представлены на рис. 1 и 2.

Нельзя не отметить, что во время акции на улицах Витебска у 2,65 % людей пожилого возраста уровень систолического АД был более или равен 200 мм рт. ст., и у 5,7 % уровень диастолического АД - более 110 мм рт. ст.

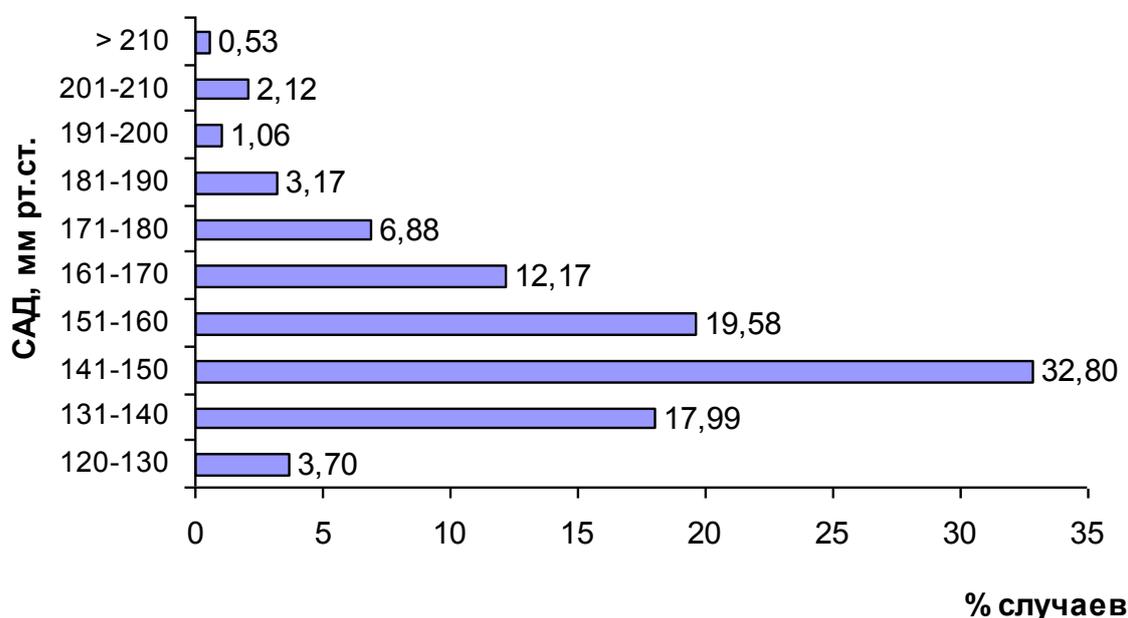


Рисунок 1. Процентное соотношение числа людей пожилого возраста с различным уровнем систолического артериального давления.

У 12,5% человек старше 60 лет был впервые зафиксирован повышенный уровень АД. 87,5% людей данной возрастной группы, с уровнем АД более или равным 140/90 мм рт.ст., отметили, что уже знали о наличии повышенного АД.

Наблюдались у врача по поводу повышенного артериального давления 56% опрошенных; и 37,1% респондентов отметили, что проходили обследование в стационаре.

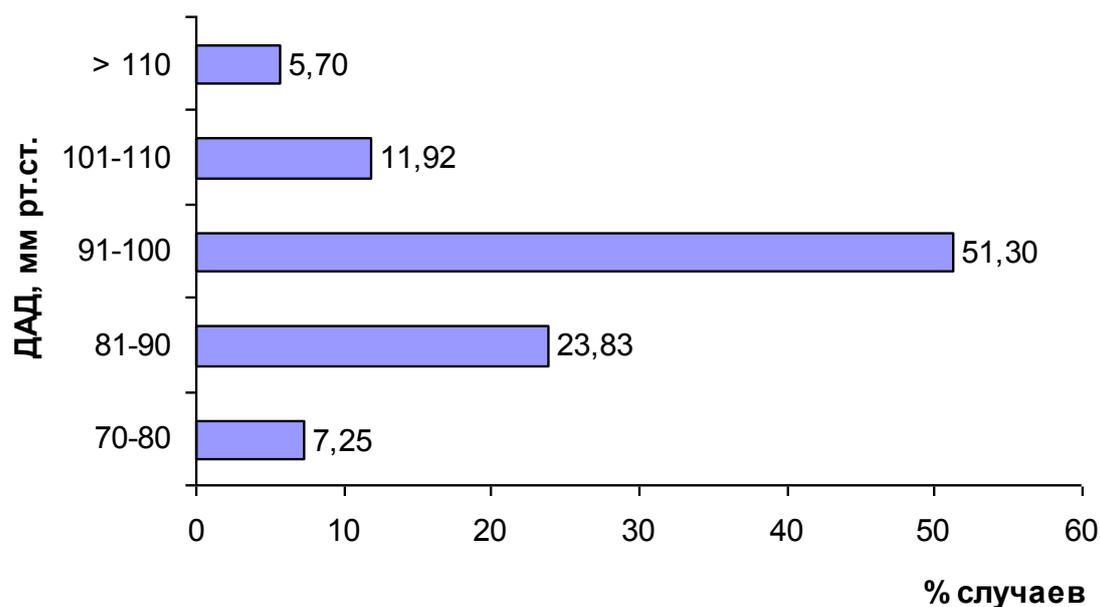


Рисунок 2. Процентное соотношение числа людей пожилого возраста с различным уровнем диастолического артериального давления.

У 74,43% респондентов пожилого возраста повышенное артериальное давление впервые было зафиксировано участковым врачом. 7,95% ответивших самостоятельно выявили повышение АД. У 1,14% респондентов увеличение уровня АД выявили родственники или знакомые, а 3,98% респондентов затруднились ответить.

Измерили свой вес только 44,6% пожилых людей с повышенным уровнем АД. В среднем индекс массы тела составил – $29,1 \pm 4,68$ кг/м².

На вопрос о курении захотели ответить 81,4% опрошенных и только 9% из них указали, что курят.

Об имеющихся у ближайших родственников сердечно-сосудистые заболевания положительно ответили в 62,5% респондентов, сахарного диабета – 11,25%.

На вопрос «Знаете ли Вы свой уровень холестерина?» положительно ответили 15,09% анкетированных. Из них знали точные цифры только 54,2% или 6,5% респондентов старше 60 лет с повышенным уровнем АД. Указанный уровень холестерина в среднем составил $6,08 \pm 1,34$ мм/л.

На вопрос «Знаете ли Вы свой уровень глюкозы?» положительно ответили 19,5% респондентов. Из них назвали точное значение уровня глюкозы в 64,5% или

10,1% респондентов пожилого возраста с повышенным уровнем АД. Указанный уровень глюкозы в среднем составил $6,79 \pm 2,39$ ммМ/л.

В 10% случаях респонденты старше 60 лет с повышенным АД отметили перенесенное ранее острое нарушение мозгового кровообращения, в 4,4% - инфаркт миокарда. 10% страдали сахарным диабетом; 26,88% - заболеваниями почек; 27,5% - аритмиями; 8,13% - язвенной болезнью; а 22,5% - хроническим бронхитом.

67,3% людей пожилого возраста, с повышенным уровнем АД, имели дома тонометр. Из них 56,97% умели измерять артериальное давление самостоятельно. 26,7% респондентов измеряли АД только на приеме у врача; 32,92% пациентам помогали в измерении АД члены семьи; а 9,94% - соседи.

Выявлено, что 65,34% опрошенных знали о повышении АД и принимали антигипертензивные препараты. Но регулярно принимали медикаментозное лечение только 41,07% людей пожилого возраста с повышенным уровнем АД. Основные названия препаратов и процент упоминания в анкете представлены на рис. 3.

84,2% людей пожилого возраста с повышенным уровнем АД применяли один препарат, в 15,8% - 2 и более. 15,52% респондентов ответили, что не помнят название антигипертензивного препарата, а в 3,5% случаев указали, что принимают для снижения артериального давления такие лекарственные средства, как корвалол, таблетки дибазола, папаверина.

При оценке эффективности терапии выявлено, что уровень АД менее 140/90 был зафиксирован только у 13,9% знавших о повышенном уровне артериального давления и принимавших лекарственные средства. У остальных 86,1% артериальное давление было существенно выше.

Полученные данные свидетельствуют о том, что, не смотря на активную работу, проводимую врачами, 12,5% людей пожилого возраста не знали о наличии у них повышенного артериального давления.

Для выявления повышенного АД у людей младше 60 лет используют обследование организованных коллективов, предприятий. Однако для людей пожилого возраста более информативными являются измерения артериального давления во время проведения массовых мероприятий.

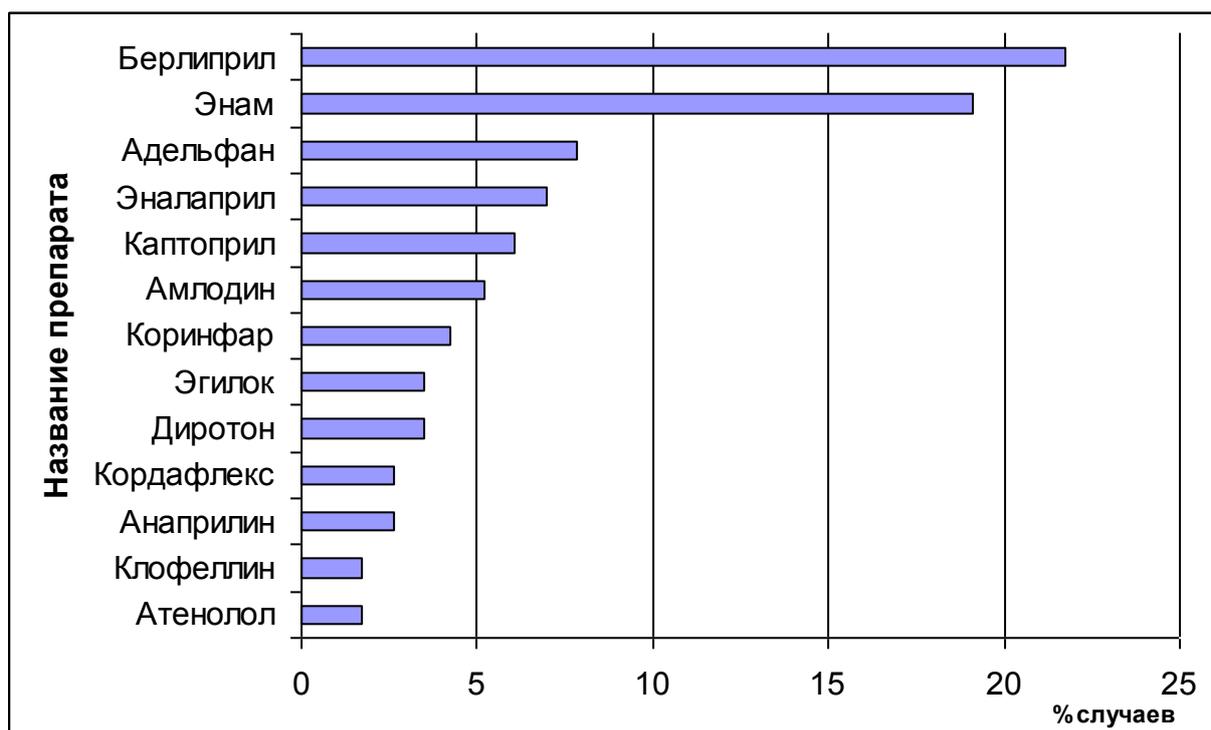


Рисунок 3. Основные наименования антигипертензивных препаратов и процент распределения упоминания людьми пожилого возраста с АГ.

Выявляют повышенное артериальное давление чаще врачи поликлиник. Достаточно часто пациенты сами выявляли повышенное артериальное давление при его измерении дома, у родственников или знакомых. По-видимому, это связано с тем, что тонометры все чаще являются обычным бытовым прибором. Эти данные показывают, что создание эффективной целевой диспансеризации населения является одним из эффективных подходов отечественного здравоохранения [6, 7].

Убедительно доказано, что самостоятельный контроль АД является обязательным стандартом терапии у пациентов данной возрастной группы, обеспечивающим достоверное повышение ее эффективности [9, 13].

67,3% пожилых людей имели возможность объективно контролировать эффективность антигипертензивной терапии, так как имели свой тонометр. Почти столько же больных сами измеряли АД (56,97%).

К сожалению, значительное число больных измеряли уровень артериального давления только на приеме у врача 26,7 %. Естественно в этом случае эффективно

контролировать лечение практически невозможно, что увеличивает тяжесть проявления гериатрических синдромов.

Данные показали, что имеются существенные резервы по самостоятельному контролю над эффективностью терапии. Однако следует учесть, что часть пожилых людей, с поражениями зрения, центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата объективно не в состоянии самостоятельно измерять артериальное давление. Потому 32,92% больным пожилого возраста в измерении артериального давления помогали члены семьи.

Значительная часть пациентов пожилого возраста (34,66%) с повышенным уровнем артериального давления не получала антигипертензивной терапии вообще, 58,93% принимали препараты время от времени. Часть пациентов принимали лекарственные средства не относящиеся к антигипертензивным препаратам. Надо отметить, что целый ряд принимаемых препаратов (н-р, адельфан, раунатин) малоэффективны в качестве антигипертензивной терапии, не обеспечивают достоверного увеличения продолжительности жизни.

Поиск путей повышения эффективности гипотензивной терапии крайне необходим, так как выявлено, что 41,1% пациентов с повышенным АД реально выполняют необходимый стандарт терапии - регулярный прием антигипертензивных средств. Следует отметить, что только 13,9 % из принимающих лекарственные препараты достигли уровня АД 140/90 мм рт. ст. или менее.

По данным, полученным в результате совместного российско-американского исследования в Москве и С.-Петербурге, эффективное активное лечение артериальной гипертензии может привести к увеличению выживаемости до 30%.

АГ у больных старше 60 лет часто сочетается с дислипотеинемией, гипергликемией, изменениями на ЭКГ и ожирением [6]. Полученные данные указывают на крайне низкую информированность населения старше 60 лет о таких контролируемых факторах риска поражения сердечно-сосудистой системы как уровень холестерина (6,5%) и глюкозы (10,1%). Естественно, что за этим следует либо полное отсутствие воздействий, либо исходно неэффективные подходы.

Изменение образа жизни, коррекция факторов риска является одним из обязательных факторов успешного лечения больных артериальной гипертензией. Адекватный контроль за уровнем АД способствует снижению тяжести и риска

развития гериатрических синдромов (улучшение когнитивных функций, уменьшение головокружений снижает риск падений).

Американская рабочая группа по гипертонии у пожилых рекомендует немедикаментозное лечение, главным образом посредством диеты и изменения образа жизни [11]. Именно изменения образа жизни без существенных затрат со стороны министерства здравоохранения и в короткое время могут привести к снижению артериального давления, отсрочке антигипертензивной терапии, снижению дозировок лекарственных средств.

В ряде исследований показано, что в повышении эффективности лечения больных артериальной гипертонией лежат организационные мероприятия. Так, на основании методов доказательной медицины, удалось выделить наиболее значимые мероприятия, которые ведут к повышению частоты достижения целевых уровней артериального давления: 1 - самостоятельный мониторинг уровней АД, 2 - выполнение программ обучения пожилых больных, 3 - обучающие программы не только врачей, медицинских сестер, 4 – обучение персонала аптек [12]. Именно эти подходы надо использовать все шире, включая дополнительное обучение и социальных работников.

Полученные данные акции показывают, что необходимо продолжать совершенствование оказания помощи больным старше 60 лет с повышенным артериальным давлением. Прежде всего, необходимо существенно усовершенствовать систему выявления повышенного артериального давления, создать систему мониторингования, позволяющую получить объективные данные о качестве лечебных мероприятий у больных артериальной гипертонией, проводимых на уровне регионов, постоянно совершенствовать эффективность мероприятий по коррекции факторов риска поражений сердечно-сосудистой системы и снижения тяжести проявления гериатрических синдромов.

Выводы:

1. Во время проведения акции повышенный уровень артериального давления зарегистрирован у 56,3 % среди опрошенных респондентов пожилого возраста.
2. Впервые повышенный уровень артериального давления зарегистрирован у 12,5% человек.
3. Выявлена низкая информированность пациентов пожилого возраста с повышенным артериальным давлением о значении повышенного уровня общего

холестерина и глюкозы, как факторов риска поражений сердечно сосудистой системы. Точный уровень холестерина знали только 6,5% с повышенным уровнем АД, а глюкозы – 10,1%.

4. Отмечена недостаточная приверженность респондентов пожилого возраста к приему антигипертензивных средств. Регулярно лечение осуществляли 41,1% людей в группе с повышенным уровнем АД.

5. Низкая частота достижения целевых уровней артериального давления. Только 13,9% принимающих лекарственные средства достигали АД равного или менее 140/90 мм рт. ст.

6. Самостоятельный контроль за антигипертензивной терапией могли осуществить только 56,97% пациентов, так как у них был тонометр и они умели измерять артериальное давление.

7. Результаты проведенной акции указывают на необходимость повышения эффективности выявления артериальной гипертензии, эффективности антигипертензивной терапии и мероприятий по коррекции факторов риска поражений сердечно-сосудистой системы у людей пожилого возраста. Адекватный контроль за уровнем артериального давления способствует снижению тяжести и риска развития гериатрических синдромов.

Список литературы

1. Оганов Р.Г. Артериальная гипертония и её вклад в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний / Р.Г. Оганов, С.А. Шальнова, А.Д. Деев, Г.С. Жуковский, Д.Б. Шестов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – № 4. – С. 11 - 15.
2. Диагностика и лечение Артериальной гипертензии (клинические рекомендации). – Минск, 2006. – 54 с.
3. Дмитриева Т.Б. Отношение населения к здоровью как фактору, определяющему продолжительность жизни. Медико-социальные аспекты отечественного здравоохранения и современной фармакологии. Избранные лекции. - Москва, 2005. – С 28 - 36.
4. Жданова О.Н. Изолированная систолическая гипертензия у пожилых людей / О.Н. Жданова // Consilium Medicum. – 2002. – Т. 8, № 8. - С. 5 - 10.

5. Ильницкий А.Н. Старческая астения (FRAILTY) как концепция современной геронтологии / А.Н. Ильницкий, К.И. Прошаев // Геронтология научно-практический журнал. - 2013. - № 1. 21.10.13. URL: <http://www.gerontology.su/ru/1-2> (дата обращения 21.10.13).
6. Лабзеник Л.Б. Активное выявление сердечно-сосудистых заболеваний у населения. Шестилетний опыт целевой диспансеризации населения Москвы / Л.Б. Лабзеник, Ш.М. Гайдулин // Актуальные вопросы кардиоваскулярной фармакологии. – 2005. - С. 78 - 85.
7. Оганов Р.Г. Управление качеством профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения / Р.Г. Оганов, А.М. Калинина // Профил. заболеваний и укрепление здоровья. – 2003. - № 2. – С. 3 - 8.
8. Кобалава Ж.Д. Представления об артериальной гипертензии у пожилых и реальная клиническая практика в России (результаты I этапа российской научно-практической программы АРГУС) / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, Р.С. Карпов [и др.] // Кардиология. – 2001. - № 11. - С. – 14 - 19.
9. Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension / T. Fahey, K. Schroeder, S. Ebrahim // Cochrane Database Syst. Rev. – 2005. - Jan 25; 1: CD005182.
10. Franklin S.S. Does the relation of blood pressure to coronary heart disease risk change with aging? The Framingham Heart Study / S.S. Franklin, M.G. Larson, S.A. Khan [et al.] // Circulation. – 2001. - Vol. 103, № 9. – P. 1245 – 1249.
11. McGuire H.L. Comprehensive lifestyle modification and blood pressure control: a review of the PREMIER trial / H.L. McGuire // J. Clin. Hypertens (Greenwich). – 2004. – Vol. 6, № 7. – P. 383 - 390.
12. Nicolson D.J. Lifestyle interventions or drugs for patients with essential hypertension: a systematic review / D.J. Nicolson, H.O. Dickinson, F. Campbell, J.M. Mason // J. Hypertens. – 2004. – Vol. 22, № 11. – P. 2043 - 2048.
13. Pickering T. Recommendations for the Use of Home (Self) and Ambulatory Blood Pressure Monitoring / T. Pickering // AJH. – 1995. – № 9. – P. 1 - 11.
14. Staessen J.A. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials / Staessen J.A., Gasowski J., Wang Ji G. [et al.] // The lancet. - 2000. – №. 355. – P. 865 - 872.

15. WHO/ISH Hypertension Guidelines / WHO, 1999. – P. 1 - 12.

References.

1. Oganov R.G., Shal'nova S.A., Deev A.D., Zhukovskij G.S., Shestov D.B. *Profilaktika zabolevanij i ukreplenie zdorov'ja*. 2001, no. 4, pp. 11 - 15.
2. *Diagnostika i lechenie Arterial'noj gipertenzii (klinicheskie rekomendacii)* [Diagnosis and treatment of arterial hypertension (clinical guidelines)]. Minsk, 2006. 54 p.
3. Dmitrieva T.B. *Otnoshenie naselenija k zdorov'ju kak faktor, opredeljajushhemu prodol-zhitel'nost' zhizni. Mediko-social'nye aspekty otechestvennogo zdravoohranenija i so-vremennoj farmakologii. Izbrannye lekicii* [The ratio of population to health as a factor that determines the life span. Medical and social aspects of national health care and modern pharmacology. Selected lectures]. Moscow, 2005. P. 28 - 36.
4. Zhdanova O.N. *Consilium Medicum*. 2002, Vol. 8, no. 8. pp. 5 - 10.
5. Il'nickij A.N., Proshhaev K.I. *Gerontologija nauchno-prakticheskij zhurnal*. 2013, no. 1. 21.10.13. URL: <http://www.gerontology.su/ru/1-2> (data obrashhenija 21.10.13).
6. Labzenik L.B., Gajdulin Sh.M. *Aktual'nye voprosy kardiovaskuljarnoj farmakologii*. 2005, P. 78 - 85.
7. Oganov R.G., Kalinina A.M. *Profil. zabolevanij i ukreplenie zdorov'ja*. 2003, no. 2, pp. 3 - 8.
8. Kobalava Zh.D., Kotovskaja Ju.V., Karpov R.S. [et al.] *Kardiolo-gija*. 2001, no. 11, pp. 14 - 19.
9. Fahey T., Schroeder K., Ebrahim S. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005. Jan 25; 1: CD005182.
10. Franklin S.S., Larson M.G., Khan S.A. [et al.] *Circula-tion*. 2001, Vol. 103, no. 9, pp. 1245 – 1249.
11. McGuire H.L. *J. Clin. Hypertens (Greenwich)*. 2004, Vol. 6, no. 7, pp. 383 - 390.
12. Nicolson D.J., Dickinson H.O., Campbell F., Mason J.M. *J. Hypertens*. 2004, Vol. 22, no. 11, pp. 2043 - 2048.
13. Pickering T. *AJH*. 1995, no. 9. pp. 1 - 11.
14. Staessen J.A., Gasowski J., Wang Ji G. [et al.] *The lancet*. 2000, no. 355, pp. 865 - 872.
15. WHO/ISH Hypertension Guidelines WHO, 1999. P. 1 - 12.